

Wijkverpleging, Zintuiglijk Gehandicapten en Eerstelijnsverblijf

Wijzigingen in uitvoeringsaspecten declareren per 2017

11 november 2016, Versie 2.0, BI-16-10887

De declaratiestandaard AW-319 v1.4 wordt per 1 januari 2017 gebruikt voor het declareren van Wijkverpleging, Zintuiglijk Gehandicapten en Eerstelijnsverblijf. In dit document worden de belangrijkste wijzigingen voor 2017, als gevolg van de NZa beleidsregels en nadere regels, inzichtelijk gemaakt en overheveling eerstelijnsverblijf van de Wlz naar de Zvw. In vergelijking met versie [1.0](#), wordt in deze versie 1.1 ook uitleg gegeven over de uitvoeringsaspecten van de integrale prestatie wijkverpleging m.b.t. doelgroepenregistratie (zie punt 4).

1. Wijkverpleging

Onder de wijzigingen van de wijkverpleging (hierna: WV) behoren ook de wijzigingen in het kader van Intensieve Kindzorg (hierna: IKZ). Beide maken gebruik van dezelfde [prestatiecodelijst](#) (065).

1.a Nieuwe prestatiescodes

Op basis van de NZa beleidsregel experiment bekostiging ([BR-17118](#)), worden voor de WV per 1-1-2017 acht integrale prestaties voor verpleging en verzorging toegevoegd. Onderdeel van deze integrale prestaties zijn de bestaande verzorgende en verpleegkundige prestaties¹. De bestaande prestaties voor verzorging en verpleging kunnen niet in combinatie met de nieuwe integrale prestaties gedeclareerd worden door dezelfde zorgaanbieder. De acht integrale prestaties voor verpleging en verzorging worden onderverdeeld naar één algemeen integrale prestatie en zeven integrale prestaties per doelgroep. Alle integrale prestaties hebben een declaratie-eenheid van 5 minuten (exclusief in 2016 geïntroduceerde experimentcodes).

Naast de acht integrale prestaties wordt voor de IKZ een prestatie voor de dagopvang en een prestatie voor verblijf toegevoegd (NZa beleidsregel [BR-17144](#)). De prestatiecode 1040 voor de dagopvang heeft een declaratie-eenheid van 'overdag' en de prestatiecode 1039 voor verblijf een declaratie-eenheid van een 'etmaal'

De integrale prestatie wijkverpleging met doelgroepen bestaan uit de prestatiecodes 1032 t/m 1038. De bestaande prestaties persoonlijke verzorging en verpleging zijn ongewijzigd. Voor nadere informatie aanleveren doelgroepen, zie hieronder bij punt 4.

In [tabel 1](#) zijn de die **nieuwe** prestatiecodes voor WV en IKZ inzichtelijk gemaakt. In 2016 of 2017 kunnen hier nog aanvullende prestatiecodes op basis van de NZa beleidsregel 'experiment bekostiging ([BR-17118](#)), aan toegevoegd worden.

1.b Declaratiemethodiek

De bestaande prestatiecodes (met een declaratie-eenheid van 5 minuten), worden per declaratieperiode inzichtelijk gemaakt in een declaratieregel binnen het declaratiebestand. De nieuwe integrale prestaties (met een declaratie-eenheid van 5-minuten) en prestatiecodes met een met een tijdseenheid van een etmaal (24 uur) of overdag worden per aaneengesloten zorgperiode inzichtelijk gemaakt. Bij tijdseenheid tijdsonafhankelijk, jaar en maand zijn geen prestaties die via de AW319 worden gedeclareerd (niet cliëntgebonden prestaties) maar zijn voor handmatige facturering zorgaanbieder en zorgverzekeraar en uitwisseling tussen de SVB en zorgverzekeraars.

¹ Deze prestaties zijn: 1000 – Persoonlijke verzorging, 1001 Oproepbare verzorging, 1002 – Verpleging, 1003 – Oproepbare verpleging, 1004 – Gespecialiseerde verpleging, 1005 – Advies, Instructie en Voorlichting (AIV).

De declaratiefrequentie blijft gelijk per 2017, dit betekent dat een declaratiebestand minimaal één keer per maand en maximaal één keer per week wordt ingediend bij een zorgverzekeraar.

1.c Tariefbepaling

De integrale prestaties kennen een vrij tarief, dit omdat deze zijn gebaseerd op NZa beleidsregel experiment bekostiging ([BR-17118](#)). De dagopvang- en verblijfsprestatie IKZ kennen een landelijk maximum tarief van de NZa ([TB-17618](#)). Zie hiervoor ook tabel 1. Deze twee maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt.

2. Zintuiglijk Gehandicapten

De huidige prestaties voor zintuiglijk gehandicapten (hierna: ZG), worden gedeclareerd in de AW-319, maar hebben een eigen [prestatiecodelijst](#) (066).

2.a Nieuwe prestatiescode

Aan [prestatiecodelijst](#) (066) wordt één verblijfsprestatie ('2004 - Verblijf in het kader van ZG-zorg'), toegevoegd op basis van de NZa beleidsregel ([BR-17122](#)). Deze prestatie is met terugwerkende kracht te declareren vanaf 1-1-2016.

2.b Declaratiemethodiek

De bestaande prestaties 2000, 2001 en 2002 (met een tijdseenheid van 5-minuten), worden per dag inzichtelijk gemaakt. Dit betekent dat voor iedere dag dat de prestatie is geleverd, een nieuwe declaratieregel wordt gemaakt in het declaratiebestand. De nieuwe prestatie 2004 (Verblijf in het kader van ZG-zorg), wordt per declaratie-eenheid van een etmaal gedeclareerd. Ook deze prestatie wordt per dag inzichtelijk gemaakt in het declaratiebestand.

De declaratiefrequentie blijft gelijk per 2017, dit betekent dat een declaratiebestand minimaal één keer per maand en maximaal één keer per week wordt ingediend bij een zorgverzekeraar.

2.c Tariefbepaling

Aan de nieuwe verblijfsprestatie is een maximumtarief gekoppeld (zie NZa [TB-17612](#)). In [tabel 2](#) is het maximumtarief voor prestatie 2004 inzichtelijk gemaakt.

3. Eerstelijnsverblijf

Per 1 januari 2017 wordt het eerstelijnsverblijf toegevoegd aan de AW-319 daarbij wordt ook een nieuwe [prestatiecodelijst](#) (068) geïntroduceerd.

3.a Nieuwe prestatiescodes

Aan de nieuwe [prestatiecodelijst](#) (068) worden drie verblijfsprestaties toegevoegd op basis van de NZa beleidsregel [BR-17119](#). In [tabel 3](#) zijn de drie prestatiecodes voor eerstelijnsverblijf inzichtelijk gemaakt. De drie nieuwe prestaties worden met een declaratie-eenheid van een etmaal gedeclareerd. Bij de registratie van de drie prestaties is het registreren van een verwijzer op de declaratie niet verplicht, maar de NZa verzoekt wel dit in te vullen. Voor het declareren van deze prestatiescodes geldt (zoals bij de wijkverpleging en zintuiglijk gehandicapten), dat een zorgaanbieder in het bezit moet zijn van een geldige AGB-code.

3.b Declaratiemethodiek

De drie nieuwe verblijfsprestaties worden met een declaratie-eenheid van een etmaal gedeclareerd. Dit betekent, dat per (aansluitende) zorgperiode een nieuwe declaratieregel wordt aangemaakt in het declaratiebestand. De declaratiefrequentie blijft gelijk per 2017, dit betekent dat een

declaratiebestand minimaal één keer per maand en maximaal één keer per week wordt ingediend bij een zorgverzekeraar.

Naast het uitgangspunt binnen de AW-319 'declarant = uitvoerder', geldt voor de ELV een variant waarbij het voor een zorgaanbieder ook mogelijk is bij de uitvoerder de locatie te vermelden. Eerstelijnsverblijf kent de volgende opties met betrekking tot het declareren:

1. **Declareren met locaties:** In dat geval wordt in het voorlooprecord voor de declarant de AGB-code uit het contract vermeld. De declaratie bevat in de prestatie records de geleverde prestaties van de locaties van de beheerstichting. Voorwaarde is dat de koppeling tussen de beheerstichting en de locaties in het AGB-register geregistreerd zijn.
2. **Declareren zonder locaties:** In dat geval wordt met de uit het contract afgesproken AGB-code (beheerstichting) gedeclareerd volgens de declarant=uitvoerder variant. Dit is conform declareren Wijkverpleging en ZG.

Optie 1 en 2 gaan in per 1 januari 2017, maar vanaf 1 januari 2018 is enkel de AGB-code van de locatie in het prestatie record toegestaan. Per 2018 is alleen optie 1 nog geldig en vervalt optie 2.

3.c Tariefbepaling

De nieuwe verblijfprestaties kennen een landelijk maximum tarief van de NZa ([TB-17617](#)), zie hiervoor ook [tabel 3](#). Deze maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt.

4. Doelgroepen registratie wijkverpleging (belangrijkste wijzigingen)

Behalve de geleverde mix aan persoonlijke verzorging en verpleging zijn er verder geen gegevens bekend. Hierdoor zijn resultaten en praktijkvariaties tussen zorgaanbieders niet te vergelijken. Om in de toekomst op een juiste manier samen in gesprek te gaan over de zorg, is het van belang om te weten hoe de klantpopulatie (casemix) eruit ziet. Zie [bijlage 1](#).

4.a Bepalen van doelgroepen

Voor de doelgroepenregistratie worden 7 verschillende doelgroepen onderscheiden. Deze doelgroepen en de vaststelling van de doelgroepen, worden in [bijlage 2](#) uiteengezet. De wijkverpleegkundige beoordeelt tot welke doelgroep een verzekerde behoort. Hierbij geldt dat de dominante doelgroep leidend is. In de onderstaande casus wordt dit nader uitgelegd:

'Cliënt is chronisch in zorg als gevolg van COPD maar breekt zijn heup. Dan heb je een kortdurende episode in combinatie met een langdurige episode. De klant zit in doelgroep 3. Mocht de heup de dominantie in zorg zijn en is de cliënt in staat (conform inzicht wijkverpleegkundige) om binnen afzienbare tijd terug te keren in zelfredzaamheid dan gaat de cliënt eerst naar doelgroep 2. De aard, omvang en inhoud van de zorg is tenslotte veranderd en de doelgroep geeft die ruimte. Mochten de reactiveringsdoelen niet gehaald worden en blijft de zorg gelijk (ondanks de beperkingen van de heup) dan gaat de cliënt eerst naar doelgroep 3. Stel dat de klant eerst uit ziekenhuis komt met de nodige nazorg dan komt cliënt eerst in doelgroep 1. En mocht de cliënt daarna reactivering nodig hebben, dan gaat hij naar doelgroep 2. En bij chroniciteit dan komt de cliënt terecht in doelgroep 3'.

4.b Aanleveren van doelgroepen

- De doelgroepen worden aangeleverd door middel van de declaratie (AW319/320) via de prestatiecodes(1032 t/m 1038) uit de [prestatiecodelijst](#) wijkverpleging (065). Prestatiecode 1031 wordt alleen gebruikt als hier vooraf afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn gemaakt over de aanlevering van de doelgroepen registratie buiten de declaratie (AW319/320) om ².
- De doelgroepen worden door de zorgaanbieders aangeleverd met de declaraties die per 1 januari 2017 worden aangeleverd bij de zorgverzekeraar ongeacht de datum ingang prestatie.
- De wijziging van de gewijzigde doelgroep laten ingaan per zorg- of declaratieperiode (ingangsdatum notaregel)
- Als blijkt dat een doelgroep achteraf wijzigt of foutief is aangeleverd en de notaregel is al ingediend bij de zorgverzekeraar wordt er geen correctie notaregel achteraf meer aangeleverd.

4.c Controle

- Controle op de combinatie van integrale prestaties wijkverpleging 1031 t/m 1038 met reguliere VP/PV prestaties 1000 t/m 1005 op basis van de beleidsregel Experiment Bekostiging Verpleging. De controle is de combinatie van de contractafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en wordt per notaregel op cliëntniveau uitgevoerd of hieraan wordt voldaan.
- De totale beschrijving formele (N7) controles, zie [AW319v1.4_N7_2017_RBCu3_Zvw.xlsx](#)

² Afspraken en informatie over afwijkende afspraken over de aanlevering van de doelgroepen buiten de reguliere AW319/320 declaratie om zoals gebruik van het landelijk Excel-format, tijdpad en implementatie loopt via de betreffende zorgverzekeraar.

Tabel 1: Prestatiecodelijst 065, nieuwe prestaties per 1-1-2017

Prestatie-code	Omschrijving	Declaratie-eenheid	Maximum-tarief	Beleids-regel
1031	Integrale prestatie voor verpleging en verzorging	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1032	Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist)	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1033	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1034	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1035	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1036	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1037	Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1038	Intensieve kindzorg (medische kindzorg)	Per 5-min	Vrij	BR-17118
1039	Verblijf intensieve kindzorg	Per etmaal	€ 696,30 ³	TB-17618
1040	Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg	Per overdag	€ 317,26 ²	TB-17168

Tabel 2: Prestatiecodelijst 066: nieuwe prestatie (met terugwerkende kracht) per 1-1-2016

Prestatie-code	Omschrijving	Declaratie-eenheid	Maximum-tarief
2004	Verblijf in het kader van ZG-zorg	Per etmaal	€ 29,84

Tabel 3: Prestatiecodelijst 068: nieuwe prestaties per 1-1-2017

Prestatie-code	Omschrijving	Declaratie-eenheid	Maximum-tarief ²
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	Per etmaal	€ 160,17
A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	Per etmaal	€ 223,50
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	Per etmaal	€ 316,07

³ De maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt.

Bijlage 1: ZN Verdiepingsnotitie Doelgroepen, d.d. 21 oktober 2016, versie 1.0

Om een compleet beeld te krijgen over de wenselijkheid van het werken met doelgroepen (rubricering) willen we eerst de achtergronden verhelderen.

Wijkverpleegkundigen hebben sinds 2015 een intensievere en complexere rol gekregen in de toegang tot- en uitvoering van (verpleegkundige en verzorgende) zorg thuis, die onder de aanspraak vanuit zorgverzekeringswet valt. Wijkverpleegkundigen hebben een stevigere positie gekregen binnen de eerste lijn, naast de huisartsenzorg.

De wijkverpleegkundigen worden teruggezet in hun kracht; het (doen laten) leveren van zorg bij mensen thuis.

Wijkverpleegkundigen hebben veel te maken met zorg- en dienstverlening die vanuit overige wetgeving geleverd en gefinancierd wordt (Wmo, Wlz,). Dat maakt dat een juiste afweging van zorg en verwijzing naar andere financieringsstromen inzichtelijk moeten zijn voor een (wijk)verpleegkundige.

Belangrijk is dat de wijkverpleegkundige vanuit zijn/haar eigen professionele vaardigheid én - verantwoordelijkheid de zorgbehoefte bepaalt en de zorgverleningstrajecten aangaat, de juiste zorg levert en waar mogelijk klanten zo snel mogelijk zelfredzaam maakt en zorg afbouwt.

Het bepalen van de zorgbehoefte, het organiseren en leveren van deze zorg vraagt veel kennis en kunde van wijkverpleegkundigen. Steeds belangrijker wordt het inzichtelijk maken wat de verpleegkundige doet en vorm geeft aan het fenomeen vanuit de zorgverzekeringswet “wat te doen gebruikelijk is binnen de beroepsgroep”.

Het is dus van belang dat de wijkverpleegkundigen zich de komende transitiejaren blijven door ontwikkelen om “wat te doen gebruikelijk is” goed inhoud te geven. Hierbij staat de ruimte voor de wijkverpleegkundige om als professional zijn/haar vak uit te oefenen voorop. Het handelen, moet niet worden gestuurd door systemen maar door vakinhoudelijke kennis en kunde.

We kunnen op dit moment geen benchmark (op klantpopulatie) informatie uit de systemen halen. Behalve de geleverde mix aan persoonlijke verzorging en verpleging zijn er verder geen gegevens bekend. Hierdoor zijn resultaten en praktijkvariaties tussen zorgaanbieders niet te vergelijken. Hiermee verwachten verzekeraars op een juiste wijze in gesprek te kunnen gaan met zorgaanbieders over hoe een klantpopulatie (casemix) er uitziet.

Deze doelgroep indeling is een eerste aanzet en een belangrijke start aan het werken naar de stip op de horizon die we met zijn allen hebben: het werken met zorgprofielen én een resultaatgerichte financiering.

Wijkverpleegkundigen maken hiermee de meerwaarde van het wijkverpleegkundig en professionele handelen aantoonbaar: in kwaliteit, resultaat en kosten

De belasting op de registratie van de doelgroepen zullen minimaal zijn en vergeleken met de registratie in prestaties is er sprake van een afname in registratielast. In deze notitie vindt u een nadere uitwerking van de aard van de zorgverlening die we hebben beschreven voor de doelgroepen en een beslisboom die de verpleegkundige helpt om de klant te rubriceren.

In dit document geven we extra informatie mee voor de nulmeting of de implementatie van de doelgroepen binnen de aanbieders die momenteel bezig zijn met het inkoopproces wijkverpleging.

Hieronder het [schema](#) doelgroepen in relatie tot aard van de zorgverlening en kenmerken.

Doelgroep	Aard zorg verlening	Kenmerken
1. Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg op verzoek huisarts/specialist	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Zorgbrug: overdracht naar 2e →1e lijn (en vice versa/polikliniek) • Verpleging en ADL training gericht op reactivering / revalidatie / zelfzorg/ zelfredzaamheid • Begeleiding en stabilisatie na ziekenhuisopname • Aanleren stomazorg, wondzorg, MTH zorg, etc. • Coördinatie, afstemming en overdracht huisarts, Verpleegkundig specialist, WMO, etc. (• AIV mantelzorg en systeem (primair, secundair, tertiair) • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. 	Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3)
2. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die naar verwachting korter dan 3 maanden duurt	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Verpleging en ADL training gericht op reactivering / revalidatie / zelfzorg/ zelfredzaamheid • Coördinatie, afstemming huisarts, POH, WMO, etc. (max xx uur per week?) • Tijdelijke overname stomazorg, wondzorg, MTH zorg • AIV mantelzorg en systeem (primair, secundair, tertiair), • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. 	Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3)
3. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (waaronder palliatieve zorg).	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Verpleegkundige en verzorgende zorg in langdurige situatie, maar met name gericht op behoud ADL en of voorkomen van verslechtering van de klantsituatie • Begeleiding mantelzorg/systeem, indien nodig begeleiding en ondersteuning door wijkverpleegkundige. • Coördinatie, afstemming huisarts, POH, etc. (max xx uur per maand?) 	> 3 maanden

	<ul style="list-style-type: none"> • Voorkomen complicaties • Casemangement ziekte specifiek en noodzakelijke afstemming WMO, etc. • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. • Bewaken doelmatige zorg en indien noodzakelijk initiëren en voorbereiden WLZ indicatie: zorgen voor overdracht 	
4. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische problematiek	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Verpleegkundige en verzorgende zorg in langdurige situatie, maar met name gericht op behoud ADL en of voorkomen van verslechtering van de klantsituatie • Begeleiding mantelzorg/systeem, indien nodig begeleiding en ondersteuning door wijkverpleegkundige. • Coördinatie, afstemming huisarts, POH, etc. (max xx uur per maand?) • Voorkomen complicaties • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. • Casemanagement dementie (of ziekte specifiek) en noodzakelijke afstemming WMO, etc. • Bewaken doelmatige zorg en indien noodzakelijk initiëren en voorbereiden WLZ indicatie: zorgen voor overdracht 	> 3 maanden
5. Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen (of een lichte) zorgvraag hebben	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese en bepalen zorgbehoefte • Advies, Instructie en voorlichting gericht op voorkomen van zorg • Primaire en secundaire preventie activiteiten, individueel en groepsgericht • Alle acties zijn gericht op voorkomen van zorg als dat niet noodzakelijk is, maar wel advisering en begeleiding naar juiste domein of loket. 	Max 4 bezoeken
6. Zorg aan Terminale cliënten	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige en verzorgende zorg gericht op het terminale proces en laatste levensfase, waarbij klant binnen afzienbare tijd zal overlijden (evt. kortdurend 	3-6 maanden

	<p>24 uurs zorg thuis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorg is gericht op verantwoord en humaan sterven in thuissituatie • Wijkverpleegkundige coördineert en maakt gebruik van alle vrijwilligers en mantelzorg mogelijkheden • Het klantsysteem wordt optimaal begeleidt en geïnstrueerd om ook zorg zelf op zich te kunnen nemen: op maat! 	
7. Intensieve Kindzorg	verpleegkundige en verzorgende zorg gericht op reactivering / revalidatie / zelfredzaamheid	Conform MKS vast te stellen.

Om te komen tot een doelgroep is hieronder een [beslisboom](#) beschikbaar (bijlage 2).

Bijlage 2: Beslisboom doelgroepenregistratie, d.d. 21 oktober 2016, versie 1.0

